



收入核实宣誓书

此表格适用于**不符合**Medi-Cal资格且符合以下情况的申请人：(1)无收入；(2)季节性工作者，在一年中的特定时间工作；(3)无家可归；和/或(4)从**非**配偶或注册家庭伴侣(RDP)的机构或个人获得经济支持。从配偶或RDP获得经济支持的申请人不应使用此表格。本宣誓书**仅**在符合上述标准之一且没有其他收入证明文件时使用。

第1部分：申请人信息（除非另有说明，否则所有字段均为必填）

姓名（名，中间名首字母，姓）：_____

出生日期：_____ 客户ID号码（可选）：_____

第2部分：请选择所有适用项

- a. 我没有收入且不符合Medi-Cal资格
- b. 我是季节性工作者且不符合Medi-Cal资格
- c. 我无家可归且不符合Medi-Cal资格
- d. 我不符合Medi-Cal资格，且我从**非**配偶或RDP获得经济支持。如果选择“d”项，则必须填写下方“第3部分：收入支持信息”。

第3部分：收入支持信息

如果选择上方“d”项，请填写此部分。此部分应由为申请人提供经济支持的机构或个人签字。

选择适用项：

我证明下面列出的个人为我提供经济支持，但出于保密原因，我不授权该个人在此表格上签字。

我证明我不是申请人的配偶或RDP，且我为上述第1部分中的申请人提供经济支持。

请填写此部分：

提供者姓名：_____ 日期：_____

提供者地址：_____

城市：_____ 州：_____ 邮编：_____

提供者电话：_____ 与申请人的关系：_____

提供者代表签名：_____

第4部分：证明

通过签署此表格，我特此证明上述信息真实、准确、完整，且除上述标明外，我没有收入来源。我同意立即将我的收入变化通知加州公共卫生部(CDPH)。我理解，作为参与该计划的条件，CDPH将与加州特许经营税务局核实我的收入。我知晓如报告收入存在不一致或不准确之处，CDPH有权要求提供额外的收入证明文件。我理解，未能提供准确的信息或故意遗漏信息可能导致服务的暂停或终止，我可能会对获得的任何覆盖服务承担经济责任。

申请人签名：_____ 日期：_____